

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

254

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

François DECOURT

Né le 28 Juillet 1906, à la HAYE-DESCARTES (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
Tumeurs malignes de l'Iris

Président de Thèse : M. le Professeur TERRIEN

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

François DECOURT

Né le 28 Juillet 1906, à la HAYE-DESCARTES (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Tumeurs malignes de l'Iris

Président de Thèse : M. le Professeur TERRIEN

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgie
MATHIEU	Clinique chirurgie
MOCQUOT	Clinique chirurgie
PROUST	Clinique chirurgie
SCHWARTZ . . .	Clinique obstétric
LE LORIER . . .	Clinique obstétric
LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétric
METZGER	Clinique obstétric

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN,
Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu.

Qui a bien voulu me donner
l'idée et les éléments de ce travail,
et m'a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

Hommage très respectueux de
profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM,
Assistant du Service Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Qui a bien voulu me guider
dans l'élaboration de ce travail.
Sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COSSE,
Professeur de Clinique Ophtalmologique
à l'Ecole de Médecine de Tours.
Ophtalmologiste de l'Hôpital Général de Tours.

Qui n'a cessé de me prodiguer
son précieux enseignement et ses
conseils éclairés.

Hommage de vive reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRE,
Professeur de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole de Médecine de Tours.
Chirurgien en chef de l'Hôpital Général de Tours.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC,
Médecin en chef de l'Hôpital Général de Tours.

Qui m'ont fait bénéficier de
leurs excellentes leçons cliniques et
m'ont toujours témoigné une
paternelle bienveillance.

Hommage de profonde grati-
tude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL GÉNÉRAL DE TOURS.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE DOCTEUR H. DECOURT.

Qui m'a légué l'exemple de sa
carrière médicale.

A MA MÈRE,

Faible témoignage d'affectueuse
reconnaissance pour tout ce qu'elle
a fait à mon égard.

A MA FIANCÉE

Hommage de ma profonde affec-
tion.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.



INTRODUCTION

Les tumeurs malignes de l'iris sont très rares par rapport aux tumeurs malignes du tractus uvéal. Cependant, elles ont fait l'objet de nombreuses études et un bon nombre d'observations en a déjà été publié.

Il est pourtant rare, pensons nous, d'en rencontrer trois cas semblables en deux mois. Le fait s'est produit à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu en 1929, et il nous a paru intéressant de rapporter ces trois observations typiques.

Après les avoir exposées, nous nous proposons de passer en revue les diverses tumeurs malignes de l'œil. Nous étudierons successivement les sarcomes, les épithéliomes primitifs et les épithéliomes secondaires. A ce propos, nous rappellerons deux observations déjà publiées, l'une par Monsieur le Professeur Terrien, l'autre par Monsieur Toulant, professeur à la Faculté d'Alger. Nous citerons également quelques observations puisées dans la liste bibliographique indiquée dans les dernières pages de ce travail.

Nous verrons quels sont les caractères différentiels de ces divers néoplasmes, et à quelles difficultés on se heurte parfois pour en faire le diagnostic clinique.

Nous nous efforcerons ensuite d'en tirer quelques déductions thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Voici les trois observations qu'a bien voulu nous communiquer Monsieur le Professeur Terrien :

OBSERVATION I

Madame Ch...., 45 ans.

Cette personne vient consulter le 1^{er} mai 1929, pour la première fois, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Elle a constaté qu'une tache noirâtre, existant depuis l'enfance au niveau de l'iris de l'œil droit, augmente lentement de volume. Cette dame entre aussitôt dans le service.

A l'examen :

L'œil gauche est normal.

Fond d'œil sans particularité.

T. OG = normale.

$$V. OG = \frac{10}{10}$$

L'œil droit présente une petite néoformation irienne, existant depuis l'enfance.

Paupières	}	normales
Cornée		
Chambre antérieure		

Iris : déformé par une petite néoformation, de coloration noirâtre, siégeant vers V heures.

Réflexes bons	}	Convergence.
		Lumière

Pas d'anesthésie cornéenne.

Fond d'œil sans particularité.

T. OD = normale.

V. OD. = 9/10^e.

Voies lacrymales : perméables.

Très sensible à l'anesthésie locale.

On porte le diagnostic de sarcome de l'iris OD, développé progressivement sur un mélanome datant de l'enfance.

Le 2 mai 1929 : Ablation de la tumeur par iridectomie, intervention pratiquée par le Professeur Terrien.

Les suites opératoires sont normales.

L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire du service, confirme le diagnostic de sarcome mélanique.

Mme Ch... a été revue en mars 1931. L'œil droit va très bien. Sa vision est restée la même. On ne note aucun signe de métastase.

OBSERVATION II

Madame G..., 50 ans.

Vient consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour la première fois, le 12 mai 1929. Elle s'inquiète de ce que l'acuité visuelle de son œil droit diminue rapidement.

A l'examen :

L'œil droit est normal. Cependant, on note un noyau d'opacification du cristallin, et des lésions assez accentuées de choréïdite. Myopie.

$$V. OD = \frac{1}{10} \text{ (avec } -3 \text{)}.$$

T. OD bonne.

L'œil gauche présente une tache noirâtre au niveau de l'iris, que la malade a toujours remarquée.

Paupières	}	normales
Cornée		
Chambre antérieure		

Iris : Il existe vers IV, V heures, une tache noirâtre, surélevée, d'aspect inégal. Cette tache n'a causé aucune douleur, aucune gêne. Et Mme G... déclare qu'elle n'a pas subi d'augmentation de volume appréciable.

Fond d'œil sans particularité.

$$L'acuité visuelle (-2,50) = \frac{6}{10}.$$

T. OG, normale.

Les voies lacrymales sont perméables.

Les pupilles sont irrégulières et réagissent très lentement à la lumière.

On porte immédiatement le diagnostic de sarcome de l'uvéa gauche. La malade entre, le jour même, dans le service.

Le 13 mai 1929, le Professeur Terrien pratique une iridectomie large, qui permet l'ablation de la tumeur.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique de l'iris.

Les suites opératoires sont normales : la malade quitte l'Hôtel-Dieu le 18 mai. A ce moment, l'œil va bien. La tension est normale.

Nous avons revu Mme G... à l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1931. Elle va bien. Sa vision est aussi bonne. Elle ne présente aucun trouble, aucune douleur, au niveau de son œil gauche. La tension est normale. Aucun signe de métastase.

OBSERVATION III

Madame C...

Vient consulter le 10 juin 1929 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une petite tumeur irienne de l'œil droit. Elle est aussitôt admise dans le service.

A l'examen :

L'œil gauche est normal.

Fond d'œil sans particularité.

T. OG = normale.

V. OG = 9/10.

L'œil droit présente une néoformation irienne.

Paupières	{	normales
Cornée		
Chambre antérieure		

L'iris est déformé. Il est le siège d'une petite néoformation brunâtre, vers VII heures, faisant saillie à sa face antérieure.

Réflexes bons.

Pas d'anesthésie cornéenne.

Fond d'œil sans particularité.

T. OD, normale.

10
V. OD — —
10

Voies lacrymales perméables.

On fait le diagnostic de sarcome de l'iris OD.

Le 14 juin 1929 : Iridectomie, ablation de la tumeur, par le Professeur Terrien. Suites opératoires, normales.

L'examen histologique a été pratiqué par le Docteur Huguenin ⁽¹⁾, qui nous a remis la note suivante :

« Tout le fragment est constitué par la prolifération en volutes de petites cellules, parfois rondes, parfois allongées, à protoplasma assez peu abondant, qui limitent quelquefois comme de véritables lacunes sanguines. C'est donc, dans l'ensemble, l'aspect d'un sarcome très intensément végétant.

« En outre, il existe du pigment mélanique, relative-

(1) Nous adressons nos sentiments de profonde gratitude à M. Huguenin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, qui a bien voulu nous apporter l'appui de sa haute compétence et se charger de l'examen de cette pièce.

ment peu abondant en certains points, très abondant par places à l'intérieur du cytoplasme cellulaire, et le débordant souvent. C'est véritablement un sarcome mélanique. »

A la date du 24 mars 1931, Mme C... va bien. Son acuité visuelle n'a pas changé. A intervalles assez éloignés, elle éprouve des lancements qu'elle compare à des coups d'aiguille. Elle a de la photophobie. Son état général est excellent.

Ces trois observations peuvent donc, tant par leurs signes cliniques que par leurs signes anatomo-pathologiques, être rangés dans la catégorie des sarcomes de l'iris, dont ce sont là des cas typiques.

Nous allons à ce propos, étudier les sarcomes iriens.

CHAPITRE II

SARCOMES DE L'IRIS

De toutes les tumeurs sarcomateuses du tractus uvéal, le sarcome de l'iris est certainement le plus rare. Fuchs, qui avait réuni 259 cas de sarcomes du tractus uvéal, n'en rapportait que 16 cas, c'est-à-dire 6 %. Tablant sur les 88 cas iriens, connus d'eux, Wood Casey et Brown Pusey estimaient que les sarcomes de l'iris étaient aussi fréquents que ceux de la choroïde. Tel n'est pas l'avis de Morax qui a rencontré une trentaine de sarcomes de la choroïde pour trois cas intéressant l'iris.

Il y a eu déjà de nombreuses observations publiées. Si nous nous en rapportons aux chiffres donnés par Wali-Chan, il y avait en 1923, 142 cas de sarcomes de l'iris publiés. En ajoutant les communications récentes, nous arrivons au chiffre de 160, nos trois cas compris dans ce nombre. Et combien ont pu nous échapper ?

ETIOLOGIE.

Causes prédisposantes :

1° Le sexe. D'après Mlle Goldchtein, le sexe féminin serait plus disposé à ce genre d'affection. Sur 97 observations, rassemblées par elle, où le sexe était spécifié, il y avait 45 hommes et 52 femmes. Nos trois observations se rapportent à des femmes. Et il semble bien que cette prédominance existe.

2° L'âge. En général, la constatation de la tumeur se fait cliniquement chez des gens de plus de 30 ans. Mais, dans les cas où la néoformation se développe sur un mélanome, il est presque impossible de savoir à quelle époque apparaît le sarcome. En tous cas, c'est entre 30 et 50 ans qu'il prolifère le plus rapidement.

Les leucosarcomes atteignent plutôt les sujets jeunes. On en a même cité un cas chez un enfant de un an (Observ. VII).

3° Wood et Pusey avaient cru pouvoir dire que l'œil gauche était plus souvent atteint. Sur 61 cas où l'œil atteint était spécifié, ils relevaient 33 fois un sarcome de l'œil gauche, et 28 fois de l'œil droit. Sur 12 cas de Goldchtein, dix fois, l'œil gauche était intéressé. Parmi les cas récents, il n'y a pas de prédominance nette des sarcomes de l'œil gauche. Dans bien des cas anciens, l'œil atteint n'a pas été spécifié. On ne peut donc rien conclure.

Sur nos trois observations, deux relatent des sarcomes de l'œil droit.

4° Fréquemment, le néoplasme se développe aux

dépens de taches pigmentaires ou mélanomes. Ces taches correspondent à une pigmentation plus accentuée des cellules pigmentées de la couche antérieure du stroma irien. Elles se rencontrent fréquemment à la surface de l'iris, dès l'enfance. Elles se présentent sous l'aspect de petites taches rouges ou brunes, ne saillant pas notablement.

Ces mélanomes peuvent rester ainsi. Mais quelquefois, un ou plusieurs d'entre eux peuvent s'**hypertrophier** et se transformer en tumeurs malignes.

Causes occasionnelles. — Faut-il considérer ainsi le traumatisme ? Autrefois, on lui attribuait une part importante dans le développement de certaines tumeurs. Dans plusieurs cas, l'interrogatoire de malades présentant un sarcome irien a permis de découvrir un traumatisme antérieur. Celui-ci contribuerait-il à l'hypertrophie subite d'un mélanome ?

VARIÉTÉS. — Le sarcome de l'iris se présente sous deux formes : le sarcome pigmenté ou mélanique, et le sarcome apigmenté ou leucosarcome. Ce dernier ne se rencontrera que dans une faible proportion. Sur les 160 cas que nous avons dénombrés, il n'y a que 34 leucosarcomes, soit 22,5 %. Les trois cas que nous rapportons sont des mélanosarcomes.

SIÈGE. — Il est classique d'admettre que les sarcomes siègent toujours à la face antérieure de l'iris ; cependant Lagrange a cité une observation d'Ewetsky traitant d'un sarcome postérieur, tumeur diffuse, répondant au type des mélanosarcomes, à cellules rondes. Goldchtein en a également vu un cas que nous résumons à la fin

de ce chapitre (Observation IX), mais il s'agissait sans doute d'un sarcome métastatique.

Tous les auteurs ont signalé que le sarcome atteignait particulièrement la moitié inférieure du cadran irien. Dans les observations II et III, le néoplasme siégeait à la partie inféro-externe ; dans l'observation I, à la partie inféro-interne.

SYMPTOMALOGIE, ÉVOLUTION. — Elle est réduite au minimum pendant longtemps. Car, l'apparition d'une tumeur irienne ne donne d'abord lieu à aucun trouble de la vue. Le diagnostic précoce se fait en général chez des sujets venant consulter pour une inflammation banale de l'œil, ou pour une diminution d'acuité visuelle sans rapports avec le néoplasme (c'est le cas de notre observation II).

Très souvent, la tumeur elle-même passe longtemps inaperçue. Ce n'est que lorsqu'elle augmente de volume que le malade ou son entourage la remarque.

Au premier examen, il est rare que, dès la première inspection, on ne soit au moins orienté vers l'idée d'un sarcome de l'iris. Celui-ci se présente sous forme d'une tache dont la coloration varie du jaune au rouge brun et au noir, aussi bien dans les leucosarcomes que dans les formes mélaniques, comme en témoignent deux cas rapportés par Morax. La tumeur fait saillie sur la face antérieure de l'iris, et on en peut facilement délimiter le contour. Parfois, on constate la présence de fins vaisseaux iriens, bien visibles au voisinage de la tumeur.

Le néoplasme évolue le plus souvent très lentement. Dans nos observations I et II, les malades avaient tou-

jours remarqué la présence d'une tache sur leur iris. Le sarcome s'était développé insidieusement sur un mélanome existant depuis l'enfance. Et ce cas est fréquent.

Au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, et cela de façon très capricieuse, elle se moule dans la chambre antérieure où elle se trouve comprimée. Elle peut adhérer à la cristalloïde antérieure et à la face postérieure de la cornée. Mais elle reste très longtemps absolument indolore, ne détermine que peu ou pas de réaction inflammatoire, et aucun trouble visuel.

L'iris est fréquemment déformé, mais il réagit partiellement ou même totalement, si la tumeur n'a pas encore atteint sa moitié interne.

Parfois, subitement, sans cause apparente, l'évolution prend une allure plus rapide. La tumeur s'accroît rapidement. La cornée, supportant mal la pression, s'irrite, s'opacifie. La région périkeratique s'injecte. L'acuité visuelle, qui est restée jusque là indemne, diminue, la vue devient de plus en plus basse à mesure que la tumeur envahit une plus grande partie de la région pupillaire.

Fréquemment, le trouble de la vue est dû aux hémorragies répétées qui se produisent alors spontanément dans la chambre antérieure.

Puis, le tonus de l'œil augmente brusquement et il se produit un accès de glaucome. Le malade ressent alors de fortes douleurs à l'œil, des douleurs circumorbitaires et il voit fort mal. Les accès se répètent, l'acuité baisse jusqu'à l'amaurose complète.

Fuchs a cité un cas de sarcome ayant évolué plus loin, par suite du refus d'une intervention : des nodosités épisclérales sont apparues, la tumeur s'est généralisée, des métastases sont apparues dans divers organes et le malade est mort d'accidents cérébraux.

Si le plus fréquemment l'évolution de ces tumeurs est très lente, on a signalé des sarcomes à marche rapide, doublant de volume en un an ou deux. Lebrun a publié l'observation d'une personne de 36 ans, chez laquelle le sarcome avait doublé de volume en dix jours. Mais ce sont là des faits assez rares.

Habituellement, le néoplasme est unique, mais Martin et Augiéras ont rapporté un cas de sarcomes multiples de l'iris dont nous publierons un résumé (Observation VIII).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces néoplasmes sont rarement circonscrits par une capsule. D'après leur structure, les sarcomes de l'iris peuvent être divisés en tumeurs à cellules rondes et tumeurs à cellules fusiformes. Entre ces deux classes, se trouvent des formes mixtes, les plus fréquentes, dans lesquelles on rencontre les deux genres de cellules.

Dans les sarcomes à cellules rondes, les cellules sont souvent très étroitement serrées les unes contre les autres.

Les sarcomes fusiformes sont les plus riches en substance inter-cellulaire. Les éléments de ces sarcomes fusiformes sont groupés soit en faisceaux, soit en cordons irréguliers qui s'entrecroisent dans tous les sens.

La disposition en faisceaux autour des vaisseaux donne parfois au tissu un aspect aréolaire.

Les cellules fusiformes sont parfois très minces et rappellent les fibres musculaires qui entrent dans la composition des léiomyomes, d'ailleurs exceptionnels au niveau de l'iris.

Le noyau est unique et arrondi dans les cellules rondes, ovoïde dans les cellules fusiformes. Parfois, on rencontre quelques cellules renfermant deux ou plusieurs noyaux. Ewetsky a même rencontré, dans une coupe, une cellule à 25 noyaux.

Les cellules en mitose sont exceptionnelles. L'absence de mitose, qui est certainement d'un pronostic favorable, se constate souvent en même temps que la tendance des cellules à se ranger en groupes et en files.

Cette structure est la même dans les cas de mélanosarcomes et de leucosarcomes.

La pigmentation est le fait essentiel qui caractérise le sarcome mélanique. Pour mériter ce nom, une tumeur ne doit pas seulement présenter extérieurement un aspect brunâtre, ni même renfermer seulement quelques grains de pigment clairsemés. Il faut que les cellules du néoplasme soient le siège d'une pigmentation nette.

Le pigment se présente sous la forme de grains isolés ; les gros amas noirs, examinés à un grossissement suffisant, laissent voir des intervalles entre les grains qui les composent. Ceux-ci sont rarement intercellulaires ; ils occupent plutôt le protoplasma cellulaire, rarement le noyau.

Fuchs, qui a étudié longuement la disposition du

pigment, a montré que, dans certains cas, les cellules gorgées d'éléments noirs occupent une disposition spéciale par rapport aux vaisseaux sanguins, donnant à la tumeur un aspect aréolaire, soit que les granulations noires engainent les vaisseaux et en suivent le trajet, soit qu'elles soient amassées dans les endroits les plus éloignés de la lumière du vaisseau.

Quelle est l'origine de ce pigment ? Sur ce point, les auteurs ne sont pas d'accord. Les uns pensent que le pigment proviendrait de globules rouges extravasés ; d'autres, qu'il serait un produit de la cellule elle-même, par transformation de ses matériaux albuminoïdes. Pour d'autres, le pigment dériverait de l'épithélium pigmentaire. Enfin, se basant sur ce fait que, dans bon nombre de cas, le mélanosarcome a pour point de départ une tache pigmentaire congénitale, un mélanome, d'autres auteurs ont conclu que le pigment dérivait des cellules pigmentaires du stroma irien, des chromatophores.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — Ce diagnostic n'est pas toujours si facile qu'on pourrait le penser. Avant de conclure au sarcome, on devra éliminer un certain nombre d'affections de l'iris :

1° *Le mélanome.* — Nous avons déjà dit que, fréquemment, les mélanosarcomes de l'iris se développent au niveau d'une de ces taches pigmentaires ou mélanomes, que l'on rencontre fréquemment au niveau de l'iris. Ces taches, que l'on a appelées souvent *noëvus pigmentaires*, ont en réalité une structure différente de celle des *noëvus*. Elles correspondent tout simplement à

une distribution plus dense des cellules pigmentées, au niveau de la couche antérieure.

Le diagnostic entre un mélanome et un sarcome à son début est difficile cliniquement. Habituellement, le mélanome ne fait pas de saillie notable à la surface de l'iris ; son aspect à la loupe est plus lisse que celui du sarcome. Enfin, il n'augmente pas de volume. Un élément important est la présence de vaisseaux iriens, très fins, qui, dans le cas de sarcome, sont visibles au voisinage de la tumeur. Quelquefois même, on constate de petites hémorragies à la surface antérieure de l'iris. Si le néoplasme siège à la racine de l'iris, on pourra voir des vaisseaux épiscléraux et conjonctivaux dilatés.

2° *L'épithéliome primitif.* — Le diagnostic entre le sarcome et cet épithéliome, d'après les données habituellement admises, est facile puisque le premier est antérieur, et le second postérieur. Cependant, nous citerons tout à l'heure (Observation IV) un cas d'épithéliome antérieur qui avait été diagnostiqué sarcome mais qui s'est révélé un épithéliome à l'examen histologique.

Il n'existe aucun signe clinique dans ce cas, qui permette d'éliminer l'une ou l'autre tumeur.

3° *Les kystes perlés* de l'iris se présentent sous forme de masses blanchâtres ou grisâtres, uniques ou multiples, développées au-devant de l'iris. Ils succèdent à un traumatisme, même très bénin en apparence, mais peuvent n'apparaître que longtemps après ce traumatisme. Leur caractéristique réside dans l'existence d'un follicule pileux qui, entraîné par la violence traumatisante, a pénétré dans la chambre antérieure, devenant le point

de départ d'une colonisation de cellules épithéliales.

Le développement de ces kystes ne s'accompagne d'aucune irritation, d'aucune gêne, à moins qu'ils ne deviennent volumineux. Ils ne sont jamais envahissants. Enfin, la présence d'un ou plusieurs cils dans la chambre antérieure en fera faire le diagnostic aisément.

4° Les gommes, syphilitiques ou tuberculeuses, peuvent également prêter à confusion.

Dans les cas dus au tréponème, l'apparition de nodules blanchâtres ou pigmentés provoque rapidement des phénomènes inflammatoires et réactionnels. On constate fréquemment des précipités sur la membrane de Descemet.

La tuberculose irienne peut prêter davantage à confusion, car son évolution est quelquefois très silencieuse.

5° Un autre diagnostic peut être très délicat : c'est celui de sarcome du corps ciliaire. Il arrive que ces tumeurs, en s'étendant, gagnent la racine de l'iris, détruisent le tissu propre de l'iris, et apparaissent dans la chambre antérieure.

6° Citons également les kystes parasitaires, dus au cysticerque, inconnus en France. Le cysticerque détermine la formation d'une vésicule diaphane, composée de deux lobes dont l'anterieur, renflé en massue, fait saillie en avant. On pourra distinguer à la loupe les mouvements du parasite. De bonne heure, ces kystes déterminent des phénomènes inflammatoires.

TRAITEMENT — Le traitement dépend du stade auquel on est appelé à intervenir.

Si le diagnostic est fait à une période déjà avancée

de l'évolution, la seule intervention possible est l'énucléation. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord. Les sarcomes sont en effet des tumeurs extrêmement malignes, et leur évolution peut compromettre rapidement l'existence du sujet.

Mais s'il s'agit d'un sarcome irien à son début, nous avons affaire à une tumeur bien circonscrite, n'ayant envahi ni la chambre antérieure, ni la région ciliaire. On peut envisager deux éventualités :

Si le néoplasme, à existence récente, bien que ne causant aucun trouble de la vision, aucune douleur, paraît augmenter sensiblement de volume, l'opération la plus sage est encore, dans ce cas, l'énucléation.

Mais si le sarcome irien s'est développé insidieusement, fréquemment au niveau d'un mélanome, s'il n'a aucune tendance à s'étendre, la conduite à tenir est beaucoup plus délicate. Le fait qui doit fortement influencer la décision, c'est que l'œil malade conserve toute son acuité visuelle et ne cause aucune douleur, aucune gêne. Il paraît fâcheux d'enlever un œil fonctionnellement bon. L'intervention de choix, dans ces cas, semble bien être l'iridectomie. On pratique alors une exérèse partielle de l'iris, permettant l'ablation du sarcome et de la région voisine. Cette opération a l'énorme avantage de conserver la vision.

Les trois observations que nous avons citées au début de ce travail concernent des malades qui ont été traités de cette façon par le Professeur Terrien. Deux ans après, on ne constate aucun signe de récurrence ou métastase.

CHAPITRE III

EPITHELIOMES PRIMITIFS

Si le sarcome siège habituellement à la face antérieure de l'iris, il n'en faut pas conclure, de ce fait même, qu'il s'agit d'un sarcome. L'observation suivante le montre bien.

OBSÉRVATION IV

Publiée par le Professeur Terrien.*

(*Archives d'Ophtalmologie*, 1929.)

Le nommé Fl..., âgé de 58 ans, vient consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 28 juin 1928, pour une rougeur de l'œil gauche apparue subitement trois semaines auparavant et s'accompagnant de douleurs oculaires. Il aurait été soigné à ce moment pour une conjonctivite par un médecin de la ville, qui prescrivit des instillations d'un collyre au sulfate de zinc.

A l'examen, l'œil droit est normal dans toutes ses parties, ainsi que ses annexes, mais l'œil gauche montre une conjonctive bulbaire hyperhémique et assez fortement vascularisée. Il existe une légère photophobie. La partie supéro-interne de la cornée est un peu infiltrée, et la

chambre antérieure, assez profonde, est légèrement trouble, bien que ne contenant pas d'exsudats.

L'iris est quelque peu décoloré et montre à la périphérie, vers 9 heures, au niveau de l'angle irido-cornéen, une petite néoformation, du volume d'un gros grain de blé, coincée dans l'angle irien, entre l'iris qu'elle semble refouler en arrière et la face postérieure de la cornée à laquelle elle est accolée.

Cette néoformation, de coloration rougeâtre, à surface inégale, mamelonnée et vascularisée, ayant en somme toutes les apparences d'un sarcome, semble venir des parties postérieures du corps ciliaire, refoulant en cet endroit l'iris vers le centre de la pupille.

L'iris est enflammé. Cette inflammation a retenti sur la région ciliaire qui est injectée, et la membrane est parsemée, au voisinage de la tumeur, de petites hémorragies ; avec cela, on note par places des zones de dépigmentation. La pupille est très irrégulière, en forme de haricot dont le hile est dirigé du côté de la tumeur, donnant en ce point l'impression d'une synéchie totale et ne se laissant pas dilater par l'atropine. L'éclairage ophtalmoscopique est très faible, et le fond de l'œil impossible à voir.

Les jours suivants, le sujet accuse des douleurs assez vives, qui vont s'exagérant. Le 9 juillet, soit dix jours après l'entrée du malade, les hémorragies iriennes augmentent, leur apparition coïncidant avec une exagération de la tension oculaire, qui mesure 40 mm. au Schiötz. Celle-ci s'élève les jours suivants, atteignant 60 mm. ; les douleurs deviennent intolérables ; l'iris est entièrement invisible, en raison d'un hyphéma qui envahit la totalité de la chambre antérieure, et l'énucléation, réclamée par le malade lui-même, est pratiquée le 13 juillet, sous anesthésie rétro-bulbaire, par le Dr Charamis. Suites normales. Six jours plus tard, le 19 juillet, le sujet quitte l'hôpital et peut regagner son domicile.

Examen histologique du globe énucléé : A un faible grossissement, on constate que la tumeur repose sur la surface antérieure de l'iris, dont elle occupe les deux tiers dans sa plus grande longueur, étendue de l'angle irien d'un côté, à la naissance du corps ciliaire, et atteignant presque au côté opposé la racine de l'iris. La tumeur est d'ailleurs exclusivement localisée à l'iris; le corps ciliaire, même dans sa partie adjacente à la tumeur, demeure normal et n'y participe en aucune façon.

L'iris lui-même est relativement peu altéré, si ce n'est à sa partie moyenne. Il tapisse en quelque sorte toute la face profonde de la tumeur et on distingue sur presque toute son étendue la couche pigmentée de l'iris sur laquelle repose le stroma irien, relativement peu aminci.

La tumeur se montre constituée par un amas de boyaux cellulaires irrégulièrement disposés. Limités par des travées conjonctives lâches provenant du tissu irien, ils renferment eux-mêmes dans les cavités qu'ils limitent des amas cellulaires et des globules sanguins. En aucun point, le corps ciliaire ne présente la moindre altération, même dans l'angle irien, à l'origine de la tumeur.

Vus à un grossissement plus fort, les boyaux cellulaires se montrent uniquement constitués par des cellules épithéliales disposées sur 10, 12, 15 rangées et quelquefois davantage. Les travées conjonctives qui limitent en dehors ces masses épithéliales sont constituées par les cellules conjonctives du stroma irien hyperplasié. Les cavités, limitées par les boyaux épithéliaux eux-mêmes, sont remplies par de petites cellules à noyaux assez volumineux, cellules embryonnaires en partie nécrosées, et par places par du sang. On trouve aussi de nombreux polynucléaires, mais nulle part on ne constate de pigment. La couche pigmentaire de l'iris a conservé son épaisseur normale sur une grande partie de son étendue, sauf à la partie moyenne, où elle a en partie disparu, et on ne trouve en nul autre

point de prolifération pigmentaire. Quelques rares amas pigmentés se rencontrent seulement dans des septa conjonctifs, à la face postérieure de la tumeur, et celle-ci n'en contient aucun.

A noter sur la cornée quelques précipités et la disparition de la membrane de Descemet.

Le corps ciliaire et les autres parties du globe oculaire ne présentent pas la moindre altération.

Ajoutons, pour compléter l'observation, que ce malade est mort de méningite quelques mois après sa sortie de l'hôpital.

Cette observation concerne donc un cas d'épithéliome primitif de l'iris, situé à la face antérieure. Il s'agit là d'un fait tout à fait exceptionnel, ces tumeurs siégeant habituellement à la face postérieure de l'iris. De plus, l'examen histologique n'a révélé la présence d'aucun pigment, alors que les épithéliomes décrits étaient des épithéliomes pigmentés. Rappelons à ce sujet la symptomatologie des épithéliomes de l'iris.

Les épithéliomes primitifs de l'iris sont des tumeurs extrêmement rares. Nous avons trouvé cinq observations qui concernent des épithéliomes pigmentés, provenant de la couche postérieure de l'iris et développés aux dépens de l'épithélium pigmenté.

Ces tumeurs se sont développées chez des sujets âgés : dans quatre cas, les malades avaient plus de 60 ans ; mais dans l'observation de Stock, il s'agit d'un malade de 46 ans.

Leur développement est très insidieux et les malades ne viennent consulter que pour un trouble visuel. Dans les quatre premiers cas publiés, il s'agissait d'une opa-

cification complète du cristallin, qui fut étiquetée cataracte sénile. Morax s'est élevé contre cette origine, et il cite, à l'appui de son affirmation, ce fait que chez le sujet qu'il a observé, il a constaté une opacification limitée et correspondant exactement à la partie du cristallin sur laquelle la tumeur exerçait sa pression.

A l'examen, on décèle des signes différents suivant le siège. Dans trois cas, ceux de Fuchs, Anargyros et Stock, la tumeur était située plus près du contour pupillaire. On voyait donc, dans le champ pupillaire, et en arrière du plan irien, une petite tumeur noire. Dans les deux autres cas, ceux de Morax et de Gilbert, on pouvait voir une saillie plus ou moins circonscrite d'une partie de l'iris, la partie la plus saillante présentant une coloration noirâtre.

Les épithéliomes évoluent très lentement. Le cas observé par Gilbert n'avait subi aucun accroissement pendant l'année qui a précédé l'énucléation. Ils peuvent provoquer de petites hémorragies et déterminer des accidents glaucomateux.

Envahiraient-ils le globe, et pourraient-ils produire des métastases ? On ne leur en a jamais laissé le temps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La tumeur présente le même aspect noirâtre que la couche rétinienne de l'iris. L'étude histologique n'en peut être pratiquée qu'après dépigmentation. Les cellules sont identiques à celles de l'épithélium rétinien.

Ce sont de grosses cellules disposées en double ou triple couche. Elles renferment un seul noyau, relativement petit. Elles forment de longues traînées plus ou

moins sinueuses, séparées par des tractus conjonctifs. La tumeur a tendance à refouler en arrière l'épithélium pigmentaire et le cristallin, qui s'est même trouvé subluxé dans un cas.

Fuchs et Anargyros avaient décrit, les premiers, de semblables tumeurs sous le nom de mélanomes. Depuis on a reconnu qu'il s'agissait là, non pas de ces taches pigmentaires physiologiques, mais d'épithéliomes pigmentés postérieurs de l'iris.

Fuchs avait pensé que ces tumeurs se développaient aux dépens du stroma irien ; plus tard, quand fut connue l'origine rétinienne de la couche postérieure de l'iris, il conclut que la tumeur qu'il avait observée était née aux dépens de cette couche postérieure.

La tumeur, qui a fait l'objet de l'observation que nous avons relatée au début de ce chapitre, ne peut en aucune façon être rangée dans cette classe de tumeurs, puisqu'elle était antérieure et pigmentée. Nous avons recherché si des cas semblables avaient été signalés. Nous en avons retrouvé deux observations :

La première est rapportée par Knapp dans son ouvrage sur les tumeurs intraoculaires. Il s'agissait d'un homme de 31 ans qui présentait trois petites tumeurs qui reposaient sur la face antérieure de l'iris, dans le cadran inférieur. Elles provoquaient de temps à autre de petites hémorragies.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tumeurs épithéliales de la face antérieure de l'iris.

Nous avons relevé le second cas, publié par Seefelder, et rapporté dans le livre de Morax sur le cancer de

l'appareil visuel : il s'agissait d'un homme de 30 ans, qui présentait à la face antérieure de l'iris une tumeur bosselée, transparente à l'exception d'une de ses extrémités qui renfermait deux lacunes remplies de sang. La tumeur est facilement libérée de l'angle irido-cornéen où se trouve un très mince pédicule.

L'examen microscopique montre autour d'un centre conjunctivo-vasculaire un revêtement épithélial constitué par de très nombreuses couches de cellules à disposition épithéliale. Nombreuses sont les cellules qui renferment du pigment. Ces cellules épithéliales sont séparées par des cellules et fibres de soutènement qui ne sont autres que des cellules névrogliales.

Seefelder voit dans cette tumeur, un intermédiaire entre l'épithéliome irien et la gliose du feuillet rétinien de l'iris ; il pense qu'elle s'est développée aux dépens d'un de ces éperons que l'épithélium rétinien de l'iris pousse particulièrement au voisinage de sa racine.

Dans les trois cas, il s'agissait bien d'épithéliome antérieur. Dans celui de Seefelder, il y avait des cellules pigmentées. Mais dans les deux autres, aucune trace de pigment. On ne pouvait donc là penser qu'ils aient pris leur origine dans la couche pigmentaire postérieure de l'iris. Peut-être ces tumeurs s'étaient-elles développées aux dépens de cellules claires aberrantes de l'épithélium ciliaire, comme l'a supposé Mawas. Cependant, dans le cas du Professeur Terrien, on ne constatait nulle part de prolifération de cette couche de cellules claires. Il semble donc bien difficile de préciser l'origine de semblable tumeur.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des épithéliomes primitifs peut être fort difficile.

1° S'il s'agit d'épithéliomes postérieurs, on éliminera facilement le sarcome de l'iris. Dans un cas comme celui que nous avons rappelé, seul, l'examen histologique le permettra.

2° La confusion est extrêmement facile entre un épithéliome postérieur et un sarcome du corps ciliaire quand celui-ci, en s'étendant, gagne la racine de l'iris.

3° Plus délicat est encore le diagnostic entre l'épithéliome et le kyste pigmenté spontané. Deux signes permettent la différenciation : un léger tremblement du kyste sous l'influence des mouvements de l'œil, tremblement exceptionnel dans les cas de tumeurs épithéliales ; et l'illumination du champ pupillaire par l'éclairage de contact appliqué sur le limbe scléro-cornéen, à la racine présumée du kyste. Ce diagnostic est capital au point de vue traitement, car dans le cas de kyste pigmenté, l'œil peut être conservé.

TRAITEMENT. — Bien que l'épithéliome postérieur de l'iris ne paraisse pas avoir tendance à infiltrer les tissus voisins, l'ablation seule de la tumeur ne saurait être recommandée, car le tissu épithélial est extrêmement friable, et il ne peut être excisé en totalité. La seule intervention vraiment efficace est l'énucléation.

CHAPITRE IV

EPITHELIOMES MÉTASTATIQUES DE L'IRIS

Les tumeurs que nous venons de décrire sont des néoplasmes primitifs. Nous allons maintenant nous occuper des tumeurs de l'iris secondaires ou métastatiques.

L'épithéliome métastatique de l'œil est une affection rare.

L'atteinte de l'œil gauche est plus fréquente ou tout au moins plus précoce, car la bilatéralité de la localisation est le cas le plus fréquent. Cette localisation semble déterminée par des raisons anatomiques, les embolies cancéreuses s'engageant plus facilement dans la carotide gauche que dans la carotide droite.

La grande rareté des épithéliomes métastatiques de l'iris est due sans doute à la difficulté qu'ont les embolies cancéreuses pour s'engager dans les artères ciliaires longues, flexueuses et de mince calibre, alors qu'elles

peuvent franchir plus aisément les ciliaires courtes et déterminer des métastases choroïdiennes.

Nous n'avons pu en relever que quatre cas.

Nous ne saurions mieux faire, pour en décrire l'évolution clinique, que de reproduire la si complète observation de Monsieur le Professeur Toulant ⁽¹⁾ :

OBSERVATION V

M^{me} M..., 31 ans, ménagère, se présente à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 26 mars 1914. Elle se plaignait de ce que, depuis un mois environ, son œil gauche était rouge et douloureux par intermittences.

Rien d'important dans les antécédents jusqu'en 1913. Mariée à 24 ans, elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches. Nous n'avons trouvé aucun signe de syphilis ou de tuberculose. Vers le mois d'août 1913, elle s'aperçoit que son sein droit est augmenté de volume. La tumeur grossissant et l'état général devenant moins bon, la malade vient à l'Hôtel-Dieu et, le 10 novembre, elle est admise dans le service du Professeur Reclus. Voici la note communiquée sur son cas :

« A son entrée, M^{me} M... présentait un cancer du sein droit. La tumeur, du volume d'une orange, avait infiltré la peau, à laquelle elle adhérait fortement, sans l'ulcérer. Elle adhérait solidement aux plans profonds. Il existait plusieurs gros ganglions axillaires et une masse ganglionnaire derrière la clavicule. La malade disait avoir maigri et pâli, surtout depuis quelques semaines.

« L'amputation du sein est faite le 20 novembre. Elle fut aussi large que possible. Le sein, les pectoraux qui étaient

(1) Nous devons nos plus vifs remerciements à M. le Professeur Toulant pour l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour la publication de cette observation.

envahis, les ganglions axillaires furent extirpés ; mais les ganglions rétro-claviculaires ne purent être enlevés, l'opération ayant dû être hâtée à cause d'une grave syncope chloroformique.

« La tumeur présentait tous les caractères macroscopiques d'un épithélioma. L'examen histologique n'a pas été fait.

« A la suite de l'opération, l'état général s'améliore ; le poids augmente, le visage se colore, l'appétit devient meilleur. La malade quitte l'hôpital environ six semaines après l'opération. »

Lorsque la malade vient pour la première fois à la consultation de la clinique ophtalmologique, elle présentait déjà des nodules de l'iris, à gauche et à droite. Les premiers troubles oculaires, douleur légère et rougeur, remontaient à quelques semaines.

I. L'œil gauche présentait, dès ce moment, les lésions les plus avancées. La cornée et la chambre antérieure sont normales. L'iris présente : 1° un nodule sur le bord libre, dans le cadran supéro-externe. Cette tuméfaction présente la même couleur que le reste de l'iris, elle a 2 ou 3 millimètres de diamètre et semble faire intimement corps avec l'iris, — elle ne semble pas adhérer à la cristalloïde —, les réflexes iriens (lumière, convergence) existent. 2° Le long du bord adhérent de l'iris, à la partie supérieure du cadran supéro-externe, existent deux petites tuméfactions d'un blanc jaunâtre, très petites.

Le reste de l'iris semble normal. Il n'y a qu'un minimum de symptômes réactionnels : une faible injection péri-kératique. Le globe est un peu douloureux à la pression sur le corps ciliaire. Le tonus semble normal.

Les milieux sont transparents. Le fond d'œil (papille, macula, périphérie) est normal.

L'œil est hypermétrope (3,5 dioptries) et astigmatique (1,25

conforme à la règle). Après correction : $V = 0,7$. La malade nous dit que la vision n'a jamais été meilleure.

II. L'œil droit présente des lésions moins avancées. A travers une cornée et une chambre antérieure normales, on voit une petite néoformation jaunâtre allongée dans l'angle iridokératique, dans le cadran supéro-interne. Elle a moins de 2 millimètres de longueur, un demi-millimètre environ de largeur, et semble formée de plusieurs nodules conglomérés.

L'œil est à peine rouge. Il n'est pas douloureux, spontanément ni à la pression. Le tonus, les réflexes iriens, les milieux et le fond d'œil sont normaux. Hypermétropie de 3 à 2,5 dioptries. $V = 0,8$.

L'examen général montre des signes évidents de généralisation néoplasique, de véritable granulie cancéreuse.

Il existe des tuméfactions de deux sortes : des nodules cutanés, au nombre d'une quarantaine, et quatre ou cinq ganglions hypertrophiés. Les nodules cutanés ont été remarqués par la malade à peu près en même temps que les premiers symptômes oculaires. Les adénopathies semblent plus anciennes.

Les ganglions sont mobiles sous la peau et sur les plans profonds. Ils ne sont pas douloureux. La peau qui les recouvre est d'aspect normal. Il existe un amas ganglionnaire derrière la clavicule droite, un ganglion, gros comme un œuf de pigeon, dans la fosse sus-claviculaire droite, un ganglion un peu moins gros dans la région sous-maxillaire gauche, et un autre, gros comme une noisette, sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien droit, à la hauteur de l'os hyoïde. Nous n'avons constaté ni à gauche ni à droite l'existence de ganglion préauriculaire.

La cicatrice opératoire est rouge, adhérente aux plans profonds. Elle n'offre pas de signe de récidence locale.

L'examen du poumon n'a montré aucun signe anormal; à l'un des examens, on a constaté quelques sibilances dissé-

minées et une très légère submatité à droite et en arrière. En somme, rien qui permette de penser à une lésion néoplasique ou tuberculeuse du poumon. Les autres organes sont cliniquement sains.

La réaction de Wasserman, faite le 6 avril, a été négative.

Une biopsie a été faite le 9 avril. Nous avons extirpé un nodule cutané situé devant le sternum (car nous n'avions pu avoir d'abord les renseignements sur la tumeur du sein). L'examen pratiqué par le D^r François a donné les résultats suivants :

« La tumeur est formée d'un stroma conjonctif peu abondant et peu vascularisé et de cellules épithéliales polyédriques par pression réciproque. Des travées connectives délimitent des loges de volume et de forme variables. Certaines sont irrégulièrement polygonales, d'autres sont allongées et ramifiées, d'autres enfin sont assez régulièrement circulaires et rappellent la coupe de tubes glandulaires. Les cellules néoplasiques sont, dans la plus grande partie du nodule examiné, groupées en masses compactes qui remplissent totalement les alvéoles. Dans quelques points, elles se disposent en cercles assez réguliers et se montrent plus serrées à la périphérie qu'au centre, où l'on retrouve en deux ou trois points l'ébauche d'une lumière glandulaire. En d'autres endroits, les éléments épithéliaux sont groupés en petits amas dans le tissu conjonctif qu'ils infiltrent.

« Ces cellules épithéliales sont formées d'un noyau volumineux remplissant presque toute la cellule et d'un protoplasme basophile peu abondant. Elles présentent de nombreuses figures de karyokinèse. Elles sont de dimensions plutôt petites et assez uniformes.

« En résumé, carcinome alvéolaire, avec, par places, ébauches persistantes de dispositions glandulaires, et en d'autres points au contraire tendance à l'infiltration du

stroma conjonctif par des éléments épithéliaux polymorphes. »

Un examen du sang a montré une anémie globulaire modérée et une leucocytose légère (polynucléose) sans formes anormales.

L'évolution de l'affection a été irrégulière : les aggravations se sont produites par intervalles irréguliers. Nous n'avons pas pu suivre, d'aussi près que nous l'aurions souhaité, cette évolution ; la malade ne revenait qu'irrégulièrement à la consultation ; elle a quitté Paris vers la fin de juin et depuis cette époque nous sommes sans renseignements sur son état.

Les nodules de l'iris ont augmenté de nombre et de volume. La tuméfaction du bord papillaire de l'iris gauche a aussi augmenté, en conservant d'abord la même couleur que l'iris. Le 23 avril, un peu au-dessous de lui et très près de son centre, est apparu un point blanc jaunâtre, qui fait bientôt saillie dans la chambre antérieure et qui, au bout de deux semaines environ, est venu au contact de la face postérieure de la cornée. L'iris étant paralysé par l'atropine, nous n'avons pu voir si, au début, ce nodule adhérait à la cristalloïde.

Dans la portion supéro-externe de l'iris gauche, les nodules sont restés d'un blanc jaunâtre. Ils n'ont pas augmenté, mais se sont conglomérés en une masse allongée, blottie dans l'angle irido-kératique.

Les nodules de la portion supéro-interne de l'iris droit sont restés dans un état stationnaire. Deux ou trois autres nodules sont apparus dans l'angle irido-kératique, en bas et en dehors de l'œil droit.

Nous avons noté aussi une sorte de sillon peu profond qui, dans l'œil gauche, entourait à une distance de 2 millimètres les nodules du bord adhérent et les séparait du gros nodule du bord pupillaire.

Les vaisseaux sont visibles sur l'iris gauche. Nous les

avons remarqués, pour la première fois, le 6 mai. A cette date, il existait un vaisseau grêle, rose, qui partait du bord adhérent de l'iris, un peu au-dessus du méridien horizontal, en dehors, et qui montait vers le groupe des nodules supéro-externes. Depuis, le nombre a augmenté et, vers le 15 juin, il existe 6 ou 8 vaisseaux, de direction plutôt radiaire, sur la partie moyenne de la moitié externe de l'iris.

Des signes d'iritis ont été notés à gauche : une synéchie postérieure est apparue à la partie inférieure de la pupille, au début du mois d'avril, la malade ayant de son propre mouvement cessé l'usage de l'atropine, et dans les premiers jours de mai des dépôts de pigments sont visibles sur la cristalloïde antérieure : ils affectent la forme de petits traits horizontaux. Ils sont très petits.

Nous avons constaté, le 8 mai, sur la face postérieure de la cornée gauche, en bas, un pointillé blanchâtre, bien visible à l'éclairage oblique. Les précipités étaient un peu plus volumineux et moins abondants que ceux observés dans l'iritis séreuse. Ils siégeaient sur une surface triangulaire, à sommet supérieur arrondi. Il existait aussi quelques dépôts d'une grosseur analogue et d'un noir absolu. Peu à peu, ces dépôts noirs sont devenus plus nombreux et, le 20 mai, il était difficile de voir les précipités blanchâtres.

Les symptômes inflammatoires ont évolué d'une façon capricieuse, plus intenses à gauche. Ils cèdent assez rapidement aux compresses chaudes et à l'atropine. Jamais les douleurs n'ont été vives.

La tension, normale au début, devint au bout d'une à deux semaines inférieure à la normale, à l'œil gauche d'abord, puis à l'œil droit.

Le tonus, pris au tonomètre de Schiötz, était le 15 avril

O. G. = 13 millimètres, O. D. = 14 millimètres.

Le 20 mai, nous trouvions 22 pour l'O. G. et 17 pour l'O. D.

La vision, bonne lorsque la malade vint pour la première fois à la consultation, fut troublée par les instillations d'atropine. Elle est devenue ensuite assez rapidement mauvaise, probablement à cause d'un léger trouble des milieux constatés à ce moment.

Le 16 mai, la vision était :

O. G. = 0,1 à 0,2 non améliorable ;

O. D. = 0,4 avec + 3 d.

A aucun moment nous n'avons constaté de lésions ophtalmoscopiques.

L'état général de la malade est resté à peu près aussi bon que lorsque nous l'avons examinée pour la première fois, malgré des alternatives d'améliorations et d'aggravation. Les ganglions n'ont guère varié de volume. Les nodules cutanés, qui au début formaient sous la peau des saillies bien visibles, sont à présent moins apparents, mais dans son ensemble la peau du thorax a perdu de sa souplesse, et il semble que l'apparente diminution des nodules soit due à un envahissement total de la peau.

C'est là le cas le mieux décrit au point de vue clinique. Malheureusement, l'examen anatomique de l'œil n'a pu être pratiqué.

Un deuxième cas a été signalé par Morax. Il concerne une malade qui avait subi, quatre ans auparavant, l'exérèse de la région mammaire pour épithéliome.

Dans les quatre cas que nous avons réunis, la tumeur primitive siégeait au niveau de la glande mammaire. La métastase irienne n'était pas isolée. Il y avait également des néoplasies viscérales ou cutanées.

Ces tumeurs secondaires se présentent au début sous l'aspect de petits boutons de coloration gris-jaunâtre, de dimension variable, siégeant dans l'épaisseur de l'iris.

Ils semblent évoluer plutôt vers la chambre antérieure, à cause de la pression exercée en arrière par le cristallin. Leur progression, lente au début, devient très rapide. La tumeur paraît bosselée, parcourue de nombreux vaisseaux. Elle atteint vite la face postérieure de la cornée, envahit le champ papillaire et gagne en arrière le corps ciliaire.

Au début, les épithéliomes métastatiques de l'iris déterminent peu ou pas de troubles. A ce stade et pendant longtemps, la tension oculaire n'est pas augmentée. Mais apparaissent vite des phénomènes irritatifs graves.

Le diagnostic en est en général facile. On retrouve dans les antécédents du malade, l'histoire de la tumeur primitive.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont des tumeurs non encapsulées, mal délimitées avec le tissu irien. Les cellules sont volumineuses, serrées les unes contre les autres, et présentent un très grand nombre de mitoses.

Lorsque le diagnostic de tumeur secondaire de l'iris est fait, si l'état général est encore suffisamment conservé, on peut envisager un traitement chirurgical. Tout espoir de guérison étant impossible, à cause des métastases localisées à d'autres organes, l'énucléation semble inutile. Il faut plutôt recourir à une iridectomie. Cependant, l'énucléation est indiquée lorsque des poussées glaucomateuses provoquent de violentes douleurs.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION VI (*Leucosarcome*)

(D^r Teulières. *Arch. d'Ophtalmologie*, 1921.)

Il s'agit d'un homme de 65 ans, venu consulter pour se faire choisir des verres, parce qu'il avait remarqué que sa vue baissait depuis quelques années, surtout de l'œil gauche. Sa vision avait diminué progressivement depuis quatre ans à la suite d'une légère blessure de sa cornée gauche par un petit corps étranger, extrait sans difficulté.

A l'examen, on constate, dans la chambre antérieure de l'œil gauche, une masse brunâtre, arrondie, occupant près de la moitié inférieure de la chambre antérieure et paraissant faire corps avec l'iris. Les deux tiers inférieurs de sa face antérieure arrivaient au contact de la cornée, qui était restée parfaitement transparente ; son bord inférieur occupait toute la partie correspondante de l'angle irido-cornéen ; son bord supérieur avait déjà dépassé le bord inférieur de la pupille, dont le champ était diminué de ce fait d'un quart environ de son étendue. La tumeur s'étendait davantage du côté nasal que du côté temporal. Aucun phénomène inflammatoire. Pas de cercle périkératique.

Aucun vice de réfraction. Pas de lésions ophtalmoscopiques.

Tension au Schiötz : 35 mm. Au doigt, on la sent très légèrement augmentée.

Le malade n'avait jamais eu la moindre douleur et se plaignait seulement de l'abaissement de sa vision.

Le diagnostic de tumeur maligne étant posé, l'intervention est décidée. On écarte l'iréductomie, dans la crainte d'extensions à la sclérotique. On pratique l'énucléation.

L'examen histologique a montré, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, étant données l'apparence et la couleur de la tumeur, qu'il s'agissait non point d'une tumeur mélanique, mais d'un sarcome blanc, d'un leucosarcome, secondairement pigmenté.

Les éléments cellulaires qui composent la tumeur sont en général des éléments sphériques, le plus souvent réunis en cordons et possédant chacun un gros noyau, ce dernier avec un seul nucléole presque toujours. Le protoplasma de ces cellules apparaît comme homogène, sans structure définie, et en tout cas ne contenant aucune granulation pigmentaire.

Mais au pourtour des vaisseaux de l'iris, les cellules sont allongées, légèrement fusiformes, et ce n'est qu'en s'éloignant des vaisseaux qu'elles prennent une forme arrondie. On trouve quelques figures de kariokynèse qui indiquent que la tumeur est en voie de développement. La vascularisation est assez abondante. Il y a deux variétés de vaisseaux : les vaisseaux préexistants de la trame irienne et des vaisseaux néoformés présentant l'aspect typique des capillaires du type embryonnaire, réduits à une seule assise endothéliale.

La tumeur est pigmentée par places. Cette pigmentation est d'ailleurs assez réduite. Les cellules pigmentaires sont de deux sortes : les unes, polyédriques, en amas ou en traînées ; ce sont probablement des cellules provenant de

l'épithélium postérieur de l'iris et de la région du rebord sphinctérien. Les autres, effilées, plus ou moins ramifiées et très fortement pigmentées, proviennent manifestement des cellules conjonctives pigmentaires du mésenchyme irien. Ces dernières cellules sont surtout visibles autour des vaisseaux sanguins et dans les rares espaces conjonctifs, réduits à leur minimum dans le centre de la tumeur.

Les cellules pigmentaires ou pigmentées sont donc en dehors de la tumeur proprement dite, c'est-à-dire n'ayant aucun rapport de continuité avec les cellules sarcomateuses. Il s'agit donc bien d'un leucosarcome.

OBSERVATION VII (Résumée)

Un leucosarcome périvasculaire (périthélial) de l'iris, avec atrophie consécutive du globe oculaire (1^{er} cas).

(D^r Narog. *Arch. d'Opht.*, 1925.)

Un enfant d'un an est admis à l'hôpital Sainte-Sophie de Lwow (Pologne), le 28 août 1921. Depuis quelques jours, l'œil droit était sensiblement rougi. Une injection ciliaire, près du bord de la cornée, fut constatée. A la loupe, une petite tumeur vascularisée, jaunâtre, était visible dans le segment inféro-antérieur. La tension intra-oculaire était augmentée. On constate une petite tumeur à l'iris et un glaucome consécutif. Wassermann négatif. La mère de l'enfant ne voulant pas consentir à une opération, l'enfant quitte l'hôpital.

Un an plus tard, le 10 décembre 1922, on l'y présente de nouveau. A ce moment : la conjonctivite de l'œil droit montre des injections en nappe ; l'œil entier est réduit et douloureux, la tension sensiblement abaissée, la cornée dépolie avec des infiltrations d'un jaune grisâtre dans les couches plus profondes. Les parties sous-jacentes de l'œil sont invisibles. Le diagnostic porté est : atrophie douloureuse du globe (inflammation du tractus uvéal) de l'œil droit. Le 20 décembre 1922, le globe est énucléé.

Examen macroscopique. — Le globe est rapetissé, aplati dans sa dimension antéro-postérieure. Sur une coupe, on voit à la loupe que toute la partie antérieure du globe est remplie par une masse d'un jaune rouillé.

Examen microscopique. — L'iris et le cristallin ont succombé à une destruction totale. Entre des masses nécrosées, on trouve des cellules néoplasiques disposées radiairement autour des vaisseaux. La plupart des cellules de la tumeur sont rondes, sans pigment, et possèdent de grands noyaux. Dans la choroïde, entre les synéchies, elles affectent la forme polygonale, rappelant par là les cellules endothéliales ; d'autres fois, elles sont oblongues. Par-ci, par-là, on aperçoit des cellules à deux noyaux et d'autres à noyau segmenté. A la place de l'iris, elles montrent sur un fond de masses nécrosées et d'hémorragies leur disposition caractéristique, en rayons, autour des vaisseaux. Entre les groupes de cellules, courent par endroit des stries plus ou moins larges de jeune tissu fibreux, parfois tassé, à noyaux allongés et à fort grandes prolongations. Le pigment, en foyers de distribution inégale sur la périphérie du sarcome, est très abondant entre les synéchies du tissu conjonctif, où il présente des masses fusionnées, situées soit entre des fibrilles et des cellules fibreuses, soit dans des chromatophores et de grandes cellules phagocytaires. Dans la tumeur même, on rencontre des grains, tandis que dans la choroïde se trouvent, isolées et fort grandes, de rares cellules phagocytaires pigmentées, ainsi que des chromatophores.

L'accumulation du pigment en foyers sur la périphérie du sarcome, les grains fort gros et les masses confluentes de colorations variées, le peu de grains dans le néoplasme même, et la réaction positive du fer, témoignent de l'origine hématique du pigment, par voie de l'oxydation fermentative du pyrrhol.

On conclut donc à un leucosarcome irien, périvasculaire, à cellules rondes, avec pigmentation hémotogène.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Mélanosarcome primitif de l'iris,

par MM. Martin et Augieras.

(*Ophtalmologie provinciale*, 1907.)

Il s'agit d'un sujet de 33 ans, ouvrier fondeur, qui vient consulter pour diminution de la vue de l'œil gauche et pour une petite tumeur brune siégeant sur l'iris du même œil.

Ni syphilis, ni inflammation antérieure.

Il y a quatre ans, il reçut un coup sur l'œil droit. Peu après, on constate la présence d'une petite saillie sur l'iris. Pendant deux ans, aucune douleur. Puis, apparaissent des élancements dans l'œil gauche et de violentes douleurs dans le côté correspondant de la tête.

V. OG = 1/10. Tension non élevée.

On constate à l'extrémité interne du diamètre horizontal de l'iris une tumeur de la dimension d'une lentille, de couleur marron, qui se détache nettement sur le bleu de l'iris.

Au-dessous de la tumeur principale, au niveau du limbe sléro-cornéen, on observe deux autres petites tumeurs, des dimensions d'une tête d'épingle, de même couleur.

Fond d'œil un peu voilé. Au-dessus de la papille, on constate deux taches noires dans la choroïde : en dehors, de petites taches pigmentées commençant au bord externe de la papille et s'étendant en dehors à un demi-diamètre de la papille.

On diagnostique un sarcome mélanique primitif de l'iris, étendu à la choroïde. Le résultat immédiat de l'intervention (iridectomie, suivie d'énucléation trois jours après, à cause d'hémorragies), est bon. Mais en 1904, le malade revient consulter le Dr Martin pour des vomissements liquides avec pyrosis. A l'examen, on découvre une petite tumeur latérale du thorax ; quelques semaines plus tard, d'autres tumeurs apparaissent à l'ombilic et à la région

inguinale gauche. Le foie est augmenté de volume, bosselé; la rate, également. L'état général s'aggrave rapidement.

Un examen d'une biopsie d'une de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait bien de sarcome.

OBSERVATION IX (Résumée)

(M^{lle} Goldchtein. *Thèse*, Paris 1909.) —

Il s'agit d'une femme de 72 ans qui, depuis 3 ans, a un brouillard devant l'œil gauche. Le brouillard augmentant brusquement, elle consulte à l'Hôtel-Dieu.

Examen : Dans la partie supéro-interne de la chambre antérieure de l'œil gauche, l'iris fait saillie, mais il n'atteint pas la face postérieure de la cornée. La surface irienne est lisse et n'offre rien de spécial. Au niveau de la pupille, l'iris s'infléchit légèrement en dedans et laisse voir un petit bourrelet noir : il y a un ectropion assez marqué de l'uvée; en regard de cet ectropion, le cristallin montre des fibres rayonnées, catarractées. L'œil est éclairable en dehors et présente une bonne projection lumineuse dans les différentes directions. Pas de tonus.

Le diagnostic de sarcome de l'iris est porté par le Professeur de Lapersonne; l'énucléation est aussitôt pratiquée.

On constate une tumeur siégeant à la face postérieure de l'iris, développée dans la membrane pigmentée rétro-irienne. L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique, à cellules fusiformes. Ces cellules fusiformes, désordonnées les unes par rapport aux autres, sont séparées çà et là par des travées conjonctives, constituées presque uniquement par des vaisseaux qui se ramifient en tous sens. Parmi ces vaisseaux, les uns ont une paroi nette; d'autres au contraire sont limitées par les cellules cancéreuses.

Enfin, on constate, au niveau de la rétine et de la papille, l'existence de néoplasies cancéreuses.

OBSERVATION X (Résumée) (1)

Carcinôme métastatique.

Proctor et Verhoëff (*Arch. of. Opht.*, 1907).

Une femme de 70 ans avait été amputée d'un sein pour cancer. Deux ans plus tard, la malade remarque sur l'iris de l'œil gauche, à XII H, une tache ovalaire de 2 mm. sur 3, de couleur gris brun. Cette tache faisait légèrement saillie sur le plan irien et présentait à sa face antérieure plusieurs petites excroissances coroliformes. Aucun phénomène réactionnel. Vision normale. Un mois après, la tumeur mesurait 3 mm. sur 4. La vision n'était pas modifiée.

Exérèse de la tumeur par iridectomie. Mort trois mois après l'apparition de la tumeur irienne.

A l'examen, on constate une tumeur dont les limites avec le tissu irien ne sont pas tranchées. Il n'y a pas de capsule. Les cellules néoplasiques sont volumineuses et de taille à peu près uniforme; elles sont serrées les unes contre les autres et présentent une abondance extraordinaire de mitoses.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Bollack, Bertillon, de Melle, Roques.)

(*Bulletin Soc. d'Opht.*, 1927.)

Il s'agit d'une femme de 60 ans, venue consulter au Centre anticancéreux de Villejuif, dans le service du Professeur Roussy, en mars 1923, pour une tumeur du sein droit remarquée depuis un mois : tumeur mobile sur le plan profond, mal limitée, sans adénopathie. Exérèse de la tumeur, avec curage ganglionnaire le 12 mars 1923. Traitement radiothérapique en avril 1923.

En mai 1926 : cicatrice indemne ; gros ganglion sous-axillaire, boursoufflure de la clavicule droite ; tumeur du

(1) Rapportée par Morax.

frontal gauche, du volume d'une mandarine. Céphalée intense. Réaction de B.-W. négative.

Examen oculaire : Petite masse grisâtre, sphérique, de 3 millimètres de diamètre, sur l'iris droit, près du bord pupillaire, saillant vers la chambre antérieure ; pupille régulière, à réactions normales ; aucun phénomène inflammatoire du tractus uvéal, aucune douleur ; tension oculaire normale ; fond d'œil normal (pas de lésion choroïdienne. V. O.G.-O.D. = 9/10.

Une iridectomie permet l'ablation facile et totale de la tumeur, avec des suites opératoires normales et conservation intégrale de la vision. Le 3 juin 1926, la malade meurt, après avoir fait des crises d'épilepsie subintrantes.

Examen histologique des biopsies, pratiqué par M. Leroux :

Tumeur du sein : épithélioma intracanaliculaire, primitif. Ganglion purement inflammatoire.

Tumeur métastatique de l'iris (prélevée par iridectomie) : épithélioma atypique disposé en cordons pleins.

A l'autopsie : trois nodules métastatiques dans le cerveau, tumeur du frontal, deux tumeurs dure-mériennes.

Examen histologique (M. Leroux) : envahissement épithéliomateux du ganglion axillaire ; métastases épithéliomateuses dans le cerveau ; envahissement microscopique du lobe nerveux de l'hypophyse. Globe oculaire : aucune lésion épithéliomateuse du tractus uvéal.

Il y a donc identité d'origine de toutes ces métastases cancéreuses.

OBSERVATION XII

(W. Stock. *Klinik Monatsbl. für Augenheilk.*, 1905.)

Il s'agit d'un malade de 46 ans, traité pour une grave tuberculose. Il est examiné par Stock, pour la première fois, le 16 avril 1904 :

L'œil gauche est normal, extérieurement aussi bien

qu'intérieurement. Il a conservé son acuité visuelle normale. L'œil droit présente l'aspect étonnant suivant :

La cornée est claire, le globe n'est pas enflammé. La chambre antérieure est normalement profonde. Il n'y a pas de précipités sur la partie postérieure de la cornée ; de même, on ne peut constater de trouble quelconque des liquides de la chambre.

L'iris se dessine absolument net, et on ne peut y reconnaître des vaisseaux. La pupille n'est pas tout à fait ronde. De la partie externe, une tumeur ronde s'avance derrière l'iris, devant la pupille. La couleur de la tumeur est tout à fait noire, et sa face supérieure est un peu âpre, veloutée. Cette tumeur s'avance en forme de demi-lune devant la pupille. Dans sa partie la plus supérieure, elle a une largeur d'environ un demi-millimètre. Sa longueur visible est d'environ un millimètre. On a l'impression que un quart ou un cinquième seulement de la tumeur se trouve dans la pupille et que le reste forme une masse ronde derrière l'iris, en faisant saillir celui-ci dans la chambre antérieure.

Dans la tumeur, on ne peut voir ni sillons, ni lobes, ni vaisseaux. La pupille réagit bien à la lumière. La tumeur se meut aux contractions du sphincter, de telle sorte que les mouvements du sphincter à cet endroit sont à peine diminués. Au reste, on ne voit, ni à l'iris ni à une autre partie de l'œil, quelque amas pigmentaire pathologique, ou quelque anomalie. Après correction, l'acuité visuelle est normale.

On ne fait aucune intervention chirurgicale, l'état général du malade empirant de jour en jour. Le 16 juillet, six semaines après le premier examen, le malade meurt. Jusqu'à sa mort, on a examiné ses yeux tous les quatre ou six jours. L'observation n'a pas été changée, en quoi que ce soit, pendant ce temps.

Douze heures après la mort, Stock enlève les deux yeux.

A l'autopsie, on trouve une tuberculose développée des

poumons, avec formation de cavernes. On ne trouve nulle part dans le corps, soit une tumeur quelconque, soit une partie plus pigmentée qu'à l'ordinaire.

L'examen microscopique de l'œil droit (facile sur les coupes traitées par le procédé de dépigmentation d'Alferi) donne le résultat suivant :

La cornée, le corps ciliaire, la choroïde, la rétine sont absolument normaux. L'iris lui-même ne montre aucune infiltration pathologique ou ramolissement.

Au bord de l'iris, on voit, placée sur sa face postérieure, une petite tumeur d'une longueur de 3 millimètres et d'une épaisseur d'environ 1 millimètre, qui dépasse le bord de l'iris d'environ un demi-millimètre.

La tumeur repose, sur une longueur d'environ 1 mm., sur la surface antérieure du cristallin. Au petit grossissement, on voit que la tumeur repose largement sur la face postérieure de l'iris. Elle est suffisamment pigmentée.

L'épithélium pigmentaire est, sans aucun doute, soulevé par la tumeur sur les côtés du corps ciliaire. On peut, sur la tumeur sombre, facilement distinguer l'épithélium, à peu près complètement coloré en noir.

La tumeur ne montre de prolifération en aucun point. Le pourtour ne présente aucun signe d'inflammation. On voit des vaisseaux qui se rendent à la néoformation.

Au fort grossissement : la tumeur est formée par de grandes cellules épithéliales. La fine structure cellulaire ne s'observe bien sur les coupes qu'après dépigmentation.

Aux bords de la tumeur, vers le corps ciliaire, la tumeur est recouverte par une couche unique de hautes cellules épithéliales, provenant sans doute de la couche postérieure épithéliale de l'iris qui a été soulevée. Sous cet épithélium, se trouvent les cellules néoplasiques en distribution irrégulière. Entre les cellules, il n'y a, sauf de nombreux vaisseaux, aucun tissu conjonctif.

Vers le stroma de l'iris, la limite de la tumeur est tout

à fait nette. Les cellules de la tumeur sont groupées ici en forme de palissade, les unes à côté des autres, formant un arc léger. Dans les sillons, entre les différents arcs, des vaisseaux se rendent à la tumeur. Au-dessus de celle-ci, séparé d'elle presque partout par du tissu conjonctif, se trouve le sphincter irien. Il semble que celui-ci a moins de fibres musculaires que dans la partie correspondante du côté opposé.

Les vaisseaux qui s'avancent vers la tumeur sont bien formés, ils ont des parois normales et, à quelques endroits, on trouve même une dégénérescence hyaline. Ces vaisseaux-là ne peuvent donc pas être nés depuis peu de temps. La tumeur n'a donc pas eu tendance à s'accroître et à s'étendre rapidement pendant la vie. Au contraire, cette structure des vaisseaux fait croire qu'il s'agit d'une formation qui existait déjà depuis longtemps et qui n'a pas grandi du tout pendant ces derniers temps.

OBSERVATION XIII (Résumée)

Fuchs : *Melanoma iridis* (*Arch. für Augenh.*, 1882)

La malade de Fuchs, âgée de 75 ans, avait été opérée par lui pour une tumeur se présentant à l'examen clinique de la façon suivante :

A l'œil droit, on voyait dans le cadran supérieur une tumeur faisant saillie vers la pupille. Elle avait une longueur d'environ 4 mm., se fixait derrière l'iris et faisait saillir celui-ci. A la dilatation de la pupille, la tumeur était visible sur une largeur de 2 mm. environ.

L'ablation de la tumeur fut pratiquée par iridectomie. L'examen microscopique, pratiqué sur des coupes non dépigmentées, ne permit pas d'affirmer la nature épithéliale de la néoformation.

OBSERVATION XIV (Résumée)
Anargyros (Arch. f. Aug., 1903.)

Un homme de 62 ans vient consulter parce que son acuité visuelle baisse depuis un an. A l'examen, on constate à l'œil gauche une cataracte sénile, et, au bord inférieur de la pupille, une tumeur en forme de rouleau, large de 1 mm., longue de 2 mm. 5, allant de dehors en dedans et d'arrière en avant. A la dilatation de la pupille, elle apparaît dans le champ pupillaire. A la partie supéro-externe, on trouve deux petites tumeurs, comme des pépins de raisin. La tumeur qui est située à la partie inférieure de la pupille, et le cristallin, opaque, montrent, aux mouvements de l'œil, un petit tremblement; le cristallin semble être repoussé dans sa partie externe par la tumeur. On voit quelques noœvi de l'iris. La pupille est ronde, se dilate bien à l'atropine. Le reste de l'œil est normal. La tension est normale. Champ visuel : les mouvements de la main sont perçus. Sensibilité à la lumière à 5 mètres. Projection exacte.

Examen de l'œil droit : œil normal, cataracte à son début.

A l'occasion de l'extraction de la cataracte, on excise la tumeur par iridectomie vers le bas, mais celle-ci se déchire. L'énucléation ayant dû être pratiquée quelques jours après, à cause d'une grave infection survenue, on a pu examiner anatomiquement les petites tumeurs situées à la partie supéro-externe du bord papillaire. La plus grosse tumeur, bien que le feuillet pigmentaire postérieur en ait été arraché, est formée de cellules épithéliales. Quant aux petites tumeurs, elles ont la même structure, et il est certain qu'elles se sont développées aux dépens de la couche rétinienne postérieure.

CONCLUSIONS

Les trois cas que nous avons rapportés au début de ce court travail se rattachent, tant par leurs symptômes cliniques que par leur structure, aux sarcomes de l'iris.

Les tumeurs malignes de l'iris sont très rares par rapport aux tumeurs malignes du tractus uvéal. Il pouvait donc paraître intéressant de relater ces trois cas, observés en quelques semaines, et que nous devons à l'obligeance de Monsieur le Professeur Terrien.

Ces tumeurs ont été traitées par une iridectomie large et cette thérapeutique s'est avérée des plus heureuses et des plus efficaces. Elle a permis à ces trois malades de conserver un œil qui avait une vision excellente.

Cette opération semble indiquée dans les cas de sarcomes encore circonscrits, puisque, malgré la malignité certaine de ces tumeurs, nous n'avons constaté ni récidives, ni métastases, et cela, deux ans après l'intervention.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGER. — Sarcoma of iris. *Arch. of Opht.* Vol. XLVIII, p. 373.
- ANARGYROS. — Melanom der iris. *Arch. für Augenh.*, 1903, p. 62.
- ARGANARAZ et BELGERI. — Leucosarcome de l'iris. *Bullet. Soc. Opht. Buenos-Aires*, 1918, p. 223.
- ARISAWA. — Contribution à l'étude des tumeurs métastatiques de l'œil. Congrès Soc. d'Opht. de Heidelberg, 15 mai 1913.
- AURAND. — Sarcome primitif de l'iris. *Lyon-Médical et Ann. d'Ocul.* 1923.
- BELL. — Primary sarcoma of iris, *Transact. Amer. Opht. Soc.*, 1917, p. 427.
- BISHOP-HARMAN. — Tumeur mélanique de l'iris. *Opht. Sect. Royal Soc. of Médec.*, mai 1913.
- BOLLACK, BERTILLON, DE MELLE, ROQUES. — Epithélioma métastatique de l'iris. *Bull. de la Société d'Opht.*, 1927, p. 79.
- BROWN. — So called leucosarcoma of the iris. *Journal Amér. Medec. Assoc. Chicago*, 1906, XLVII.
- BRUNER. — A case of ring. sarcoma of the iris. *Am. Journ. of Opht.*, 1924, p. 420.
- CALLAN MAC et LETCHWORTH. — Tumour of iris. *Proceed of the Royal Soc.*, n° 7, mai 1929.
- CHANCE (B.). — Case of sarcoma of the iris. *Am. J. Opht.*, nov. 1928.

- COPPEZ (J.). — Tumeur de l'iris. *Soc. Belge d'Opht.*, n° 59.
- DEJEAN et TRUC. — Sarcome annulaire de l'iris. *Soc. d'Opht. et Arch. d'Opht.*, 1924, p. 420.
- DUKE, ELDER et STALLARD. — Iris leucosarcoma. *British J. of Opht.*, avril 1930.
- DUPUY-DUTEMPS. — Mélanosarcome de l'iris. *Bull. Société d'Opht. de Paris*, 1903, n. 22.
- VAN DUYSE. — Sarcome fuso-cellulaire. *Bull. Soc. Opht. Belge*, n° 59, p. 38.
- EWETZKY. — Ein fall von Melanosarkom der iris der Ciliaer-korper und der choroidéa. *Arch. für Augenh.* 42, 1896.
- FAGE. — Un cas de sarcome primitif de l'iris. *Arch. d'Opht.*, 1918, p. 678.
- FUCHS. — *Das Sarkom des Ulveatractus*, 1882.
- *Melanoma iridis (Arch. für Angenheilk, 1882).*
- GALLEMAERTS. — Carcinome métastatique de l'œil. *Soc. Belge d'Opht.*, 28 avril 1912.
- GIFFORD. — Leucosarcome de l'iris traité par le radium. *Arch. of Opht.*, 1918, p. 241.
- GIL et COURTIS. — Pronostic et traitement des tumeurs de l'iris. *Semana med.*, 2, 1791-94, déc. 29.
- GOLDCHTEIN. — *Le sarcome de l'iris*. Thèse, Paris, 1909.
- GRAVES (B.). — Dialysis of the postérieur pigment layer of the iris. *Proceed of the Royal Soc.*, n° 7, mai 1929.
- HEINE. — Zur melanose und sarkose der iris. Von Grafes. *Arch. für Opht.*, 1924, vol. 113.
- HOFFMANN. — Sarcoma of iris. *American J. Opht.*, II, 301-02, avril 1928.
- IRWING. — Sarcoma of iris. *Arch. of Opht.*, 1916, p. 106.
- JOSEPH, MAWAS et MORAX. — Tumeurs de l'iris à évolution particulière, diagnostiquée par la biomicroscopie. *Bull. Soc. Opht.*, Paris, juill. 1929.
- KLEIN. — Ringsarkom der iris und der corpus ciliare. *Klin. Monatsbl. J. Augen* 80, 631-640, mai 25-28.
- KNAPP. — *Les tumeurs intraoculaires*, 1868.

- Sarcoma of iris. *Philad. Med. and Surgery Rep.*, 1887.
- LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil*, 1901.
- Sarcome angioplastique de l'iris. *Arch. d'Opht.*, 1909, p. 78.
- LI-T. M. — Primary ring sarcoma of the iris. *Amer. J. Opht.*, july 1923, p. 545.
- LODDONI (G.). — Iul sarcoma primissivo dell iride contributo clinico. *Lessur Oftal.*, 6.501-509, oct. 1929.
- MARTIN et AUGIERAS. — Un cas de melanosarcome primitif de l'iris. *Opht. Prov.*, 1907.
- MAYOU (M. S.). — Sarcoma of iris. *Brit. J. Opht.*, 152-157, avril 1930.
- MORAX. — Epithéliome pigmenté de l'iris. *Bull. Soc. Opht.*, 1925, p. 102.
- MORAX. — *Cancer de l'appareil visuel*, 1926.
- MULOCK-HOUVER (A. W.). — Two cases of neous iridis. *Nederl. Tydschr.*, V. I. 872, 1928.
- MURRAY (W.). — Annular malignant melanoma of iris ring sarcoma. *Am. J. Opht.*, 1927.
- NAROG. — Un leucosarcome perivascularaire de l'iris, avec atrophie consécutive du globe oculaire. *Arch. d'Opht.*, 1925, p. 488.
- PICK. — Iristumor. *Zeitsch. f. Augenh.*, 1912, 286.
- PROCTOR et VERHOEFF. — Carcinome métastatique de l'iris. *Arch. of Opht.*, 1908.
- ROCHE. — Sarcome de l'iris. *Bull. Soc. Opht.*, 1921, p. 534.
- SANTORI. — Voluminoso neo-congenito dell iride pendulo nella camera anterior. *Bolld. Ocul.*, 8, 162-170, févr. 1929.
- SCULLILA (F.-L.). — Infiltramento pigmentario dell angolo irideo nei sarcomi melanotici dell iride. *Ann. di Ottal. e clin. ocul.*, 56, 600-611, juill. 1928.
- SEDAN, ANDRÉ, PASSELAIGUE. — Epithélioma de la cornée compliquée d'une iritis nettement guérie par l'ablation de la tumeur. *Marseille Médical*, janv. 1929, p. 103.
- STIRLING. — Melanoma of iris and glaucoma. *Trans. Opht. Soc. Unit. Kingdom*, 1920.

- STOCK. — Ein epitheliärer tumor der iris von hintern pigment epithel ausgehend. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1905, XLIII, t. I, p. 503.
- TERRIEN (F.). — Sarcome de la choroïde et traumatisme du globe. *Arch. d'Opht.*, 1901.
- Remarques sur les tumeurs de l'iris. *Arch. d'Opht.*, 1929, p. 69.
- TEULIÈRES. — Le sarcome de l'iris (Clin. Opht. de Bordeaux), *Archives d'Opht.*, 1921, p. 534.
- Le sarcome de l'iris. *Arch. d'Opht.*, 1921, p. 442.
- TOULANT. — Carcinome métastatique de l'iris. *Arch. d'Opht.*, 1916, p. 44.
- VESTERGAARD. — Primary sarcoma of iris. *Acta Opht.*, 1929.
- WALDSTEIN. — Zur kasuistik der iristumoren. *Klin. Monat. f. Ang.*, 1910, p. 313.
- WALI-CHAN. — Sarcome de l'iris. *Vrach dielo Karkov*, 1923.
- WIRTHS. — Iristumor. *Deutsch. Med. Woch.*, 1912, S. 2472.
- WOOD CASEY et BROWN-PUSEY. — Sarcome de l'iris. *Arch. f. Augenh.*, 1903.
- YOUNG. C. A. — Primary melanosarcoma of iris maty report of case. *Ann. Opht.*, II, 864-866, nov. 1928.
- ZIEGLER. — Sarcoma of iris. *Trans. Coll. Phys. Philadelp., Sect. Opht.*, 1916, p. 353.
-

